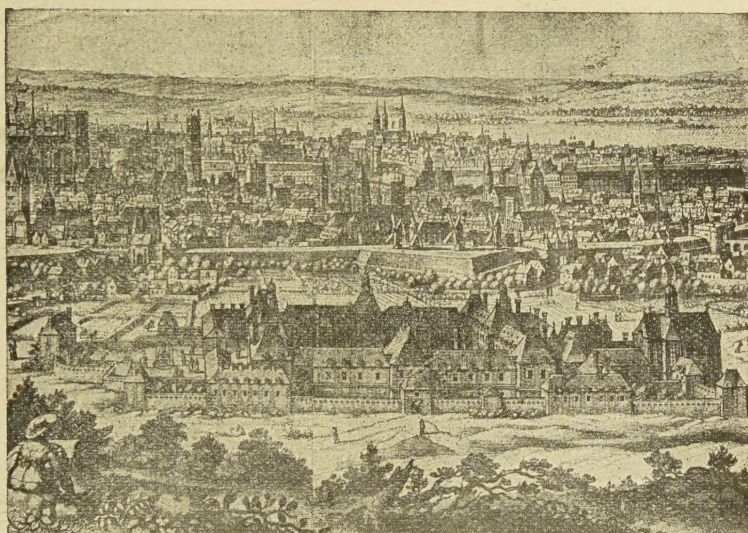


THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue le Mercredi 27 Novembre 1907, à 1 h.
PAR **André JUIF**



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GOMMES SYPHILITQUES
ET PLUS PARTICULIÈREMENT

DES GOMMES VAGINALES

Président : M. GAUCHER, professeur
Juges { MM. ROGER, professeur
MACAIGNE, agrégé
SICARD, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE, 15, RUE RACINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et Chimie générale.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....

Pathologie médicale..... }

Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale..... }

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale..... }

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements..... }

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....

M. DEBOVE

MM.

NICOLAS
CH. RICHER
GARIEL
GAUTIER
BLANCHARD
BOUCHARD
DEJERINE
BRISSAUD
LANNELONGUE
CORNIL
PRENANT
QUENU
POUCHET
GILBERT
CHANTEMESSE
THOINOT
GILBERT BALLEST
ROGER

HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
LANDOUZY
HUTINEL

JOFFROY
GAUCHER
RAYMOND
LE DENTU
BERGER
RECLUS
SEGOND

DR LAPPERSONNE
ALBARRAN
PINARD
BAR
POZZI
KIRMISSON
ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY
BALTHAZARD
BRANCA
BEZANÇON (FER.)
BRINDEAU
BROCA
BRUMPT
CARNOT
CASTAIGNE
CLAUDE
COUVELAIRE

CUNEO
DEMELIN
DESGREZ
DUPRE
DUVAL (PIERRE)
GOSSET
GOUGET
JEANNIN
JEANSELME
JOUSSET
LABBE (MARCEL)

LANGLOIS
LAUNOIS
LECENE
LEGREY
LENORMANT
LÉPER
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MORESTIN
MULON

NICLOUX
NOBECOURT
OMBREDANNE
POTOCKI
PROUST
RENON
RICHAUD
RIEFFEL, chef
des travaux anat.
SICARD
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'E o'e a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Au mois de mai 1907, nous eûmes l'occasion d'observer, en clientèle, une lésion vaginale dont nous pûmes suivre les différentes étapes, depuis la phase d'ulcération jusqu'à la guérison complète.

A l'interrogatoire, la malade niait tout antécédent syphilitique et bien que la lésion eût l'aspect d'une gomme vaginale, nous crûmes tout d'abord, vu la rareté extrême de cette affection, à une lésion non spécifique.

Le Dr Druelle ayant examiné la malade nous conseilla d'instituer un traitement spécifique mixte, et, la rapidité de la cicatrisation ne tarda pas à confirmer le diagnostic de syphilis.

Il nous parut intéressant de rechercher les différents cas de gommages vaginales, et d'en étudier rapidement l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement.

A M. le professeur Gaucher nous tenons à adresser l'expression de nos plus respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à adresser tous nos remerciements au Dr Druelle qui nous donna l'idée d'entreprendre cet ouvrage.

Enfin nous adressons à nos maîtres de Lyon l'expression de notre plus vive reconnaissance pour les premiers conseils qu'ils nous ont donnés à l'Hôtel-Dieu et à l'Antiquaille, conseils qui nous ont guidé pendant toutes nos études.

Si les gommés syphilitiques se rencontrent assez fréquemment au niveau de la vulve, en revanche, leur présence a été très rarement constatée sur les parois du vagin et particulièrement sur la paroi postérieure de cet organe.

En effet, le professeur Fournier s'exprime ainsi au sujet des gommés du vagin : « Excessivement rares sont ces lésions au niveau de l'anneau vulvaire, c'est-à-dire dans la portion moyenne et supérieure du vagin » ; et plus loin, il ajoute : « il n'en n'est question presque nulle part ».

D'après M. Fournier encore : « Dans le récit de quelques autopsies, on trouve, incidemment, des lésions variées du corps du vagin, soit des ulcérations occupant surtout l'ampoule supérieure, soit des cicatrices, brides de rétrécissement, des atrésies partielles, témoignages peu équivoques d'ulcérations antérieures. »

De son côté, von Zeissl fait remarquer que c'est sur la portion vaginale que les gommés se développent le plus rarement : elles sont alors prises pour des tumeurs fibroïdes.

Macek mentionne qu'il a lui-même observé un cas de gomme de la portion vaginale.

Enfin, existent deux observations de Barthélemy.

D'autre part, MM. Quénu et Hartmann citent dans leur *Traité de Chirurgie du rectum* un cas de gomme ayant provoqué la perforation de la cloison recto-vaginale.

Nous citerons, pour mémoire, le cas que Winckel a décrit sous le nom de *Kolpitis gummora* ; il s'agissait d'une exfoliation membraneuse de la muqueuse vaginale chez une femme de vingt-huit ans : mais, on ne trouva, à l'examen de la malade, aucune trace de syphilis, et la lésion ne fut aucunement améliorée par le traitement à l'iodure de potassium.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GOMMES SYPHILITIQUES
ET PLUS PARTICULIÈREMENT
Des Gommès Vaginales

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, nous devons étudier dans la gomme syphilitique banale trois stades :

- 1° La phase de développement ou de crudité ;
- 2° La phase de dégénérescence et de ramollissement ;
- 3° La phase d'ulcération.

Ces trois stades ne se succèdent pas d'ailleurs fatalement, car il arrive fréquemment que la gomme s'arrête au premier ou au deuxième soit spontanément, soit, beaucoup plus fréquemment, sous l'influence du traitement.

A la période de crudité, nous examinerons la gomme au double point de vue macroscopique et microscopique :

1° Macroscopiquement, la gomme syphilitique se présente sous la forme d'une tumeur arrondie de volume variable, tantôt comparable à celui d'un pois, tantôt comparable à celui d'un œuf de pigeon, avec toutes les dimensions intermédiaires. Ses limites sont peu nettes et elle se continue, comme en général les tissus de néoformation, avec les tissus voisins.

Mais sa consistance est ferme, et on l'a comparée à celle d'un ganglion lymphatique. A la coupe, elle est rosée ou grisâtre, et présente deux caractères particuliers : sa fermeté et son absence de suc, absence de suc qui ne permet pas de la confondre avec des bourgeons charnus.

Si nous pratiquons l'examen histologique, nous pourrions étudier soit les produits de raclage, soit les coupes minces :

1° Le raclage ne donne rien de bien caractéristique.

Dans ces produits on trouve en effet :

Des cellules arrondies à noyau volumineux (qui ne sont autre chose que des lymphocytes), des cellules fusiformes ou étoilées, enfin « des cellules plus petites atrophiques, mesurant 5 à 6 μ , presque entièrement remplies par leur noyau, situées les unes à côté des autres au sein d'une matière fondamentale grenue » (1).

1. *Histologie pathologique* de Cornil et Ranvier, tome I, page 233.

2° *A la coupe* : on rencontre l'élément caractéristique de la gomme en voie d'évolution que Brissaud a appelé le follicule syphilitique et que Malassez a dénommé le « nodule gommeux ».

« Ces nodules, plus ou moins accusés par leur forme et par leur limite, se reconnaissent à ce que, dans chacun d'eux, les éléments cellulaires de la partie centrale sont petits et tombent en détritits moléculaire, tandis que ceux de la périphérie sont volumineux, arrondis ou fusiformes et se confondent avec les tissus voisins. » (1).

Ces nodules engainent les vaisseaux, qui sont atteints de péri et d'endovascularite, avec tendance à l'oblitération ; mais ce processus d'oblitération, fait essentiel, est lent.

Le nombre des vaisseaux lésés, et par suite le nombre de ces nodules, est variable : c'est par leur réunion que sera constituée la gomme syphilitique.

Il faut encore faire entrer dans l'histologie de la gomme un élément important, cet élément que nous rencontrons, d'ailleurs, dans tous les processus inflammatoires à marche lente, c'est l'évolution scléreuse.

Elle est très marquée dans les nodules. De la périphérie des vaisseaux partent des tractus conjonctifs qui vont cloisonner la masse des cellules, et les entourer d'un fin réticulum fibrillaire.

La combinaison de ces deux processus, oblitéra-

1. Cornil et Ranvier, *loc. cit.*

tion vasculaire, et néoformation de tissu de sclérose, produit la dégénérescence des éléments conjonctifs. Mais, faisons remarquer que l'oblitération vasculaire ne précède pas la caséification : elle lui succède. Il faut donc faire intervenir ici d'autres facteurs, et l'on est peut-être autorisé, en comparant la syphilis aux autres maladies infectieuses, à émettre cette hypothèse, que l'agent pathogène et ses toxines doivent avoir un rôle dans cette nécrobiose. Quant à l'oblitération vasculaire, elle active et complète cette destruction.

Lorsque la nutrition des éléments constitutifs de la gomme est profondément atteinte, la gomme commence à dégénérer.

Cette dégénérescence débute par le centre, et l'on voit d'abord les fibres conjonctives s'atrophier puis disparaître.

Plus tard, les éléments cellulaires subissent la dégénérescence cellulo-graisseuse.

A cette période, la gomme a atteint son deuxième stade, le stade de ramollissement.

2° *Stade de dégénérescence et de ramollissement.*
A la coupe, la gomme présente alors deux zones distinctes :

Une zone périphérique, fibreuse, une zone centrale, blanchâtre ; ajoutons que la zone périphérique est elle-même entourée de nodules gommeux d'accroissement.

La zone périphérique est formée de cellules

embryonnaires, de cellules épithélioïdes ; parfois l'on peut y rencontrer des cellules géantes.

Ce processus pathologique se rapproche beaucoup de l'évolution des gommes tuberculeuses. Mais il faut remarquer que la cellule géante, l'élément si important du follicule tuberculeux, est moins multiple dans la syphilis que dans la tuberculose.

D'autre part, fait capital, l'oblitération des vaisseaux est beaucoup plus lente dans la syphilis, ce qui explique que la résolution de ce processus pourra être obtenue par le traitement hydrargyrique lorsque l'irrigation sanguine restera suffisante.

Le mécanisme de cette oblitération est le suivant :

L'inflammation de l'endothélium vasculaire se traduit par la prolifération de ses cellules, et un afflux de globules blancs qui s'accolent à la paroi du vaisseau. Puis un coagulum sanguin se produit au point d'endartérite, coagulum qui pourra se résorber ou s'organiser en tissu fibreux. Cette évolution rappelle en tous points l'évolution de la phlébite ; la lésion vasculaire précède la thrombose.

A une période plus avancée, le noyau central se ramollit et prend cet aspect filant qui a valu à cette lésion son nom de « gomme ».

La suppuration peut s'établir, surtout pour les gommes superficielles, mais elle est toujours peu abondante : et l'on a alors la troisième phase.

3° *La gomme ulcérée.* Ici nous retrouvons la zone périphérique fibreuse, enveloppant une cavité dans

laquelle se trouvent du pus et des détritns cellulaires, mais sa description rentre surtout dans la symptomatologie où nous la retrouverons.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des gommés syphilitiques, cutanées ou muqueuses, doivent être examinées aux trois périodes de leur évolution :

A la phase de crudité ;

A la phase de ramollissement ;

A la phase d'ulcération.

Dans leur première phase elles se présentent sous la forme d'une tumeur de volume variable, généralement mobile et indolente, de consistance assez dure.

Ce volume varie suivant la période où on les observe : grosses comme un pois au début elles grossissent, pouvant atteindre les dimensions d'une noix ou d'un œuf.

Mobiles, lorsqu'elles occupent l'hypoderme, elles adhèrent d'autres fois aux plans superficiels.

Leur forme est généralement arrondie ou ovalaire ; dans certains cas, elles présentent des prolongements qui leur donnent alors une forme irrégulière.

Leur consistance est ferme, résistante.

Enfin, elles sont le plus souvent indolores : il faut faire exception pour les sujets nerveux et impression-

nables, à plus forte raison chez les neurasthéniques qui s'exagèrent leurs sensations.

Les gommès peuvent être isolées, ou réunies ; dans ce dernier cas, il n'est pas rare qu'elles adoptent la disposition circinée que l'on rencontre si fréquemment dans les manifestations syphilitiques.

Au bout d'un temps variable elles passent à la phase de ramollissement.

2° *Phase de ramollissement.* — A ce moment la tumeur cesse d'augmenter de volume. Sa consistance de ferme devient rénitente, puis fluctuante : la peau adhère aux tissus profonds, rougit, s'amincit, et se perfore enfin : le contenu est évacué, contenu filant et semblable à de la gomme arabique ; l'orifice s'agrandit et l'on arrive ainsi à la période d'ulcération.

3° *Phase d'ulcération.* — La gomme ulcérée est le plus souvent absolument typique :

C'est une cavité dont les bords sont nettement taillés à pic.

Le fond de l'ulcère souvent profond, repose sur une tumeur dure.

Il est constitué par la masse caséeuse, véritable « boubillon gommeux » blanchâtre ou jaunâtre.

La gomme ulcérée a une évolution extrêmement lente. Cependant, elle peut régresser, mais cette régression spontanée est rare et ne se fait qu'après un temps fort long.

Des bourgeons charnus apparaissent et il ne sub-

siste plus qu'une cicatrice indélébile, déprimée, blanchâtre au centre, pigmentée à la périphérie.

On peut rencontrer chez le même sujet des gommes présentant les différents stades, et leur nombre peut être extrêmement variable.

Nous mentionnerons les désordres que peuvent causer les gommes abandonnées à elles-mêmes, désordres retentissant sur les tissus sous-jacents : nécroses osseuses, cartilagineuses, destruction de parenchymes.

Comme complications immédiates, il faut signaler les infections secondaires qui entraînent de longues suppurations, infections secondaires que l'on rencontre surtout dans les gommes de la peau et des muqueuses ; enfin, dans quelques cas, elles se compliquent de gangrène.

Ultérieurement le tissu fibreux de cicatrices peut entraîner des déformations, des rétrécissements ; ces brides fibreuses auront une importance d'autant plus considérable que les gommes auront été plus étendues ou confluentes, comme nous pouvons le voir dans les observations de gommes vaginales que nous rapportons plus loin.

DIAGNOSTIC

La gomme syphilitique du vagin est une affection rare qui moins que toute autre manifestation de la période tertiaire porte son « cachet d'origine ». Elle veut être cherchée et pour la trouver il faut y songer. Cette recherche n'est point seulement utile au point de vue théorique, mais aussi au point de vue pratique. Il faut se souvenir, en effet, qu'il existe des formes térébrantes, foudroyantes, aboutissant en peu de temps à des perforations faisant communiquer la cavité vaginale avec les cavités voisines, rectum et vessie, et dont par un examen systématique on aurait pu éviter les funestes conséquences. Il serait donc d'une bonne pratique d'examiner systématiquement la cavité vaginale d'une tertiaire, de même qu'on examine sa cavité buccale.

Mais cet examen doit être pratiqué selon une certaine méthode. Il ne suffit pas en effet, comme le fait remarquer Fournier, de placer un spéculum. De cette façon bien des lésions pourraient échapper. Aussi cet auteur recommande-t-il à propos de la recherche des gommes syphilitiques du vagin, l'usage d'un spéculum fenêtré. Il serait peut-être encore

plus précis, sinon plus pratique, de procéder systématiquement à l'examen à l'aide de valves.

Dans un premier temps l'on introduirait donc une valve antérieure et une valve postérieure. Les écartant l'une de l'autre, l'on procéderait à l'inspection des parois latérales de la cavité, puis déplaçant la valve supérieure du col utérin à la vulve on exposerait et déplisserait la paroi antérieure, la même manœuvre pratiquée à l'aide de la valve postérieure permettrait de reconnaître des lésions siégeant sur la cloison recto-vaginale. De plus un ressaut presque au niveau de l'une des valves fournirait un renseignement tactile attirant l'attention sur la région parcourue par celle-ci.

L'existence d'une tuméfaction siégeant sur l'une des parois vaginales reconnue, il sera toujours utile de pratiquer le toucher vaginal qui renseignera sur sa consistance, sur ses connexions avec les organes de voisinage et dans le cas où elle siègera sur la paroi recto-vaginale, il sera toujours utile de pratiquer le toucher rectal.

Il existe donc une tumeur siégeant sur l'une des parois du vagin et cette tumeur peut relever d'une infection syphilitique.

Il importe dès maintenant de rechercher les stigmates d'une syphilis ancienne dont la constatation pourra permettre de faire un grand pas dans la précision du diagnostic :

A l'aide des anamnestiques qui seront d'une précieuse ressource si la malade a déjà été soumise au

traitement, on connaît l'affection dont elle a été atteinte : ou seront d'un secours bien vague si elle n'a que le souvenir confus d'une chute de cheveux, de céphalées dont le souvenir est plus ou moins bien gardé, d'une roséole qui aura pu passer inaperçue parce qu'elle n'aura été accompagnée d'aucun phénomène subjectif ou de plaques muqueuses pharyngées qui n'auraient eu pour la malade que la signification d'une angine vulgaire. Des adénopathies cervicales ou sus-épitrochléennes, diverses dystrophies et en particulier des dystrophies osseuses seront d'une plus grande signification.

La recherche d'accidents contemporains concomitants peut être plus favorable qu'il s'agisse de tertiarisme interne ou de tertiarisme externe, lésions relevant toutes d'une « modalité hyperplasique aboutissant à la sclérose ou à la gourme ».

A ces considérations cliniques, l'on devra adjoindre d'emblée les recherches de laboratoire :

La recherche du spirochète dans le sang et dans des lésions concomitantes selon la méthode proposée par Thibierge, à l'aide de frottis, par l'examen de coupes ; par l'inoculation au siège ;

L'épreuve du séro-diagnostic, selon la méthode de Wassermann et Neisser récemment proposée comme devant être « couramment employée en clinique » par Levadité dans un article de la *Presse médicale* du 6 novembre 1907.

La thérapeutique elle-même pourra être d'un puissant secours et un traitement d'épreuve non différé,

permettra dans certains cas de constater une régression éclairant le diagnostic et mettant le malade à l'abri d'accidents plus graves.

Continuant son examen clinique, le praticien devra passer en revue les différentes affections de la cavité vaginale pouvant être confondues avec une gomme syphilitique. Il y a avantage de faire cette étude du diagnostic différentiel sous quatre chefs répondant aux quatre formes de la gomme vaginale reconnues par le professeur Fournier dans son *Traité de la Syphilis* :

- Gomme vaginale circonscrite ;
- Gomme vaginale en infiltrats diffus ;
- Gomme scléreuse (de Barthelémy) ;
- Gomme foudroyante (de Barthelémy).

I. — Gomme vaginale circonscrite.

A. — *Gomme crue*. — Il est rare que l'on ait à faire le diagnostic à la première période à cause de l'indolence habituelle de la lésion. A cette période de crudité elle devra être différenciée :

A. — Les tumeurs siégeant dans la région paravaginale faisant saillie dans le vagin et dont la consistance se rapproche de la gomme crue ;

α) Un ovaire scléro-kystique tombé dans le cul-de-sac postérieur ; l'affection est souvent douloureuse et le toucher en particulier l'est très nettement ; différence absolue avec la gomme syphilitique dont l'indolence est un des principaux caractères.

β Une tumeur de la lèvre antérieure de l'utérus ayant dédoublé la cloison vésico-vaginale :

Il existe souvent dans ce cas des troubles urinaires, et il y a continuité de la tumeur avec la lèvre antérieure du col.

B. — Il s'agit d'une tumeur siégeant dans les parois du vagin : l'on doit éliminer :

α) La gomme tuberculeuse : présentant à cette période les mêmes caractères, mais dont permet de la différencier l'étude des anamnestiques, l'auscultation des poumons, l'épreuve de l'iodure ;

β) Diverses tumeurs solides de la cavité vaginale.

1° *Fibrome*. — Consistance particulièrement dure, absence d'antécédents morbides pouvant faire songer à la tuberculose ou à la syphilis.

2° *Myomes et fibro-myomes*. — Diagnostic encore plus délicat, le traitement spécifique et l'examen histologique après ablation permettraient seuls le diagnostic.

3° *Sarcome*. — Principalement avec l'une des deux formes les plus habituellement observées dans le vagin et qui est le fibro-sarcome résultant d'un fibrome transformé. Une biopsie, l'évolution rapide de la tumeur vers l'ulcération permettraient le diagnostic.

γ Diverses lésions inflammatoires dont le caractère même permet le diagnostic rapide :

1° *Bartholinite*. — Et en particulier bartholinite chronique avec une gomme de la portion antérieure.

2° Vaginite phlegmoneuse disséquante qui se révèle par l'intensité de ses phénomènes inflammatoires et douloureux.

B) Gomme ramollie. — La gomme est passée inaperçue et elle est arrivée à sa seconde phase, phase de ramollissement pâteuse, mollassse, puis nettement fluctuante, elle passe par des phases de gomme froide puis de gomme enflammée :

La gomme froide, libre d'adhérences, mobile non douloureuse, doit être différente de toutes les collections liquides enkystées du vagin :

Tout d'abord de la gomme tuberculeuse ramollie, à contenu beaucoup plus liquide, ce que peut révéler une ponction en même temps qu'elle permettra de reconnaître la présence de bacilles tuberculeux.

Il ne s'agit pas d'une gomme tuberculeuse ramollie. Deux cas peuvent se présenter :

1° La tumeur est superficielle.

On peut être en présence :

A. — D'un kyste simple du vagin pouvant être lui-même :

a) D'origine traumatique : à contenu sanguin ; secondairement séreux, ou d'emblée séreux ;

b) De kystes développés au niveau de bourses séreuses professionnelles (prostituées) ;

c) De lacunes conjonctives et de vaisseaux lymphatiques particulièrement développées.

(Vaginite lymphatique à contenu lymphatique et gazeux du cours de la grossesse.)

d) D'origine glandulaire :

Soit développés aux dépens de glandes quelconques du vagin et caractérisés par leur multiplicité et leur superficialité ;

Soit développés aux dépens des glandes para-urétrales de Skene et occupant la paroi antérieure du vagin.

e) D'origine Wolfienne :

α) aux dépens du canal de Wolff : siégeant alors de préférence sur la paroi latérale du vagin en haut ; sur la paroi antérieure en bas.

β) Aux dépens de diverticules du canal de Wolff : pas aussi strictement latéraux.

γ) De canalicules du rein primitif situation postérieure.

f) D'origine mullérienne : siégeant en un point quelconque de la circonférence du vagin, mais dans la région des culs-de-sac.

B. — D'un kyste hydatique : siégeant soit :

Dans la cloison recto-vaginale ;

Dans la cloison vésico-vaginale.

Dans tous ces cas, le diagnostic de kyste se fait à l'aide de la ponction qui permet de reconnaître un liquide séreux dans le cas de kystes simples et un liquide contenant des crachats dans le cas de kyste hydatique. Le diagnostic de la variété du kyste ne peut être que soupçonné d'après le siège de la tumeur, l'examen microscopique le confirme.

DEUXIÈME CAS. — *La tumeur est profonde (plus fixe) :*

A. — S'il s'agit d'une tumeur vaginale on peut penser :

a) La tumeur étant en avant :

1° A une métrocèle : tumeur médiane, réductible ; le cathéter y pénètre dans le cathétérisme de l'urètre ;

2° Une cystocèle : cathétérisme.

b) La tumeur étant en arrière : a une rectocèle ; ce que décèle le toucher rectal.

c) La tumeur étant située latéralement.

1° A un hémocolpos latéral : l'utérus et le vagin étant doubles, les angles d'un des utérus débouchent dans un des vagins fermé. Le diagnostic ne peut être posé que par un examen minutieux ou au cours d'une intervention chirurgicale.

2° D'un thrombus du vagin :

Et consécutif à accouchement.

d) La tumeur est en situation indifférente :

Il peut s'agir d'un sarcome télangiectasique du vagin caractérisé par son apparence vasculaire et sa réductibilité.

B. — Il s'agit d'une tumeur péri-vaginale, faisant saillie dans le vagin, on peut penser :

a) A un hydro ou un hémato-salpinx tombé dans le vagin.

b) A un kyste du ligament large : c'est une tumeur à la fois abdominale et vaginale.

c) Une hernie vaginale développée soit dans le cul-de-sac antérieur, soit dans le cul-de-sac postérieur.

Cette tumeur est réductible avec gargouillement.

B. — La gomme est enflammée :

d) Dans ce cas la tumeur fluctuante est adhérente, douloureuse, entourée d'une zone d'empâtement et le diagnostic est à faire :

A. — S'il s'agit d'une tumeur du vagin avec :

a) Une gomme tuberculeuse suppurée.

b) Un kyste suppuré simple ou hydatique.

B. — S'il s'agit d'une tumeur péri-vaginale :

a) Un phlegmon du ligament large.

b) Une périméthro-salpingite.

C. — *Stade d'ulcération gommeuse.* — La gomme syphilitique est arrivée à son huitième stade d'ulcération gommeuse, à cette période elle est caractérisée par une configuration circulaire ou relevant de la modalité circonécée, une excavation bien accentuée, à bords verticaux adhérents. Cette ulcération est entourée d'une aréole violacée, elle est indurée « en couronne », dit Fournier, et le fond inégal et raviné est ou bien bourbillonneux ou bien tapissé d'une bouillie épaisse et jaunâtre. C'est à cette période qu'on a l'habitude de l'observer, parce qu'elle est devenue parfois douloureuse, parce qu'elle traduit sa présence par des écoulements, et la constatation à l'examen en est facile. En présence d'une ulcération du vagin présentant ces caractères, l'on arrive à songer à diverses lésions d'ordre vénérien, néoplasique ou inflammatoire pouvant la simuler.

Le diagnostic est tout d'abord à faire avec les chancres ;

a) Le chancre syphilitique : rarement aussi étendu

que la gomme, il est à surface sèche à l'inverse de cette dernière qui est suintante, il a peu de tendance à creuser, il est à fond rougeâtre. A l'aide de frottis l'on y rencontre fréquemment des spirochètes. Dans un cas douteux il y aura lieu d'attendre et de rechercher l'apparition d'accidents secondaires qui se produisent dans le cas de chancre, parfois d'une façon fruste si le malade a été soumis au traitement selon les préceptes de Fournier qui veut que l'on traite la syphilis dès qu'elle est diagnostiquée.

b) Le chancre mou se caractérise par sa forme irrégulière, il est franchement suppurant, il a de la tendance à creuser, ses bords taillés à pic sont décollés, le fond est de coloration jaune paille, il saigne rapidement et facilement sous l'action des frottements. De plus il est rarement unique et il est fréquent de trouver une inoculation secondaire de voisinage. S'il siège dans la partie inférieure du vagin l'étude des ganglions inguinaux à tendance suppurative pourra permettre de penser au chancre mou... De plus la recherche du bacille de Ducrey au niveau de l'ulcération ou dans les ganglions suppurés devra être toujours faite.

c) Le diagnostic avec le chancre mixte de Rollet qui est un chancre tantôt mou et secondairement induré, tantôt induré et secondairement mou résulte des études précédentes.

d) Certaines syphilides vaginales se présentant :

Au niveau de l'orifice vaginal sous forme d'érosions ou d'ulcérations ;

Au niveau de l'ampoule d'apparence papuleuse, opalines ou roses.

Elles se distingueront du chancre par leur évolution et leur superficialité.

e) Certaines érosions bicycliques fongoïdes seront reconnues à leurs bords polycycliques et à l'existence d'autres vésicules en évolution.

Les affections néoplasiques simulant le chancre ulcère peuvent être :

a) Soit un corps fibreux du vagin, ramolli à sa superficie et ulcéré ;

b) Soit un sarcome ulcéré.

c) Soit enfin, diagnostic d'une extrême importance au point de vue pronostic et traitement, le diagnostic avec le cancer fait d'une façon magistrale par le professeur Fournier, auquel nous emprunterons les lignes suivantes, dans son *Traité de la Syphilis* :

Après avoir parlé de l'erreur intentionnelle des charlatans guérisseurs de cancer et à côté des erreurs commises par des cliniciens expérimentés l'auteur dit :

Quatre ordres de considérations se présentent ici pour instituer le diagnostic différentiel. A savoir :

1° *Considérations étiologiques* :

D'abord antécédents : avec la gomme, antécédents spécifiques. Rien de semblable avec le cancer, réserve faite bien entendu pour la possibilité d'une coïncidence.

En second lieu, considération d'âge. Non pas toujours mais pour la grande majorité des cas, le cancer est une maladie des périodes avancées de l'existence, la gomme au contraire n'a pas d'âge de prédilection.

Bien entendu, rien autre jusqu'ici à déduire de ce premier ordre de signes. Mais voici mieux :

2° *Eléments seméiologiques.*

Multiples et pouvant être résumés comme il suit :

CANCER

Constitué presque invariablement par une tumeur unique.

Susceptible de tout volume et généralement assez volumineux.

Formant une tumeur souvent irrégulière comme configuration, parfois bosselée, voire marronnée.

Contractant de façon rapide des adhérences avec la peau.

Rapidement douloureux et douloureux par lancinements.

GOMME

Souvent unique mais souvent aussi multiple — voire parfois à un haut degré.

Le plus habituellement de petit ou moyen volume.

Formant une tumeur très généralement régulière, ovoïde ou hémisphérique, très rarement bosselée ou marronnée.

Non adhérente à la peau avant son ramollissement inflammatoire.

Absolument indolente. Susceptible seulement, en quelques cas spéciaux et très rares, de développer des phénomènes névralgiques par localisation au voisinage d'un tronc nerveux.

Tumeur à évolution absolument particulière et distinctive, c'est-à-dire : tumeur d'abord solide, puis inflammatoire, puis s'ouvrant par un cratère qui s'élargit excentriquement pour découvrir un bourbillon de physiologie toute spéciale,

Les divers signes concernent les périodes jeunes encore des deux lésions. Il va sans dire que dans ses étapes ultérieures, le cancer se distingue facilement de la gomme par divers signes qu'il suffira d'énoncer : surface fongueuse, bourgeonnante, végétante, avec mamelons irréguliers, bords éversés, suinte

ment ichoreux et fétide, hémorragies, saignement ou plutôt saignotement au moindre contact, absence à toute période de cet état bourbillonneux ou crémeux qui caractérise si manifestement l'ulcère gommeux.

3° Etat des ganglions

Signe spécial qu'à dessein j'ai distrait des précédents pour l'énoncer isolément et le mettre ainsi mieux en relief : A savoir.

Avec la gomme absence d'adénopathie (sauf pour quelques cas tout à fait rares).

Avec le cancer adénopathie constante, du moins à une époque plus ou moins avancée de la lésion.

4° Critérium thérapeutique

Ai-je à dire, que le traitement spécifique n'exerce aucune influence curative sur le cancer, alors qu'il modifie, résorbe et guérit la gomme d'une façon doublement remarquable de par l'intensité et la rapidité de son action résolutive ? Différence si tranchée en l'espèce qu'on l'a taxée de pierre de touche... Non seulement l'indication de ce traitement d'épreuve s'impose dans les cas où le diagnostic différentiel en question ne peut être institué d'une façon certaine, mais elle constitue une obligation absolue et un véritable devoir professionnel dans les cas où la plus légère incertitude, si minime soit-elle, peut planer sur la qualité des lésions.

Divers processus inflammatoires peuvent donner lieu à leur tour à des lésions pouvant être confondues avec la gomme ulcérée.

a) La tuberculose en particulier aboutissant à l'ulcération, une de formes les plus fréquemment observées dans le vagin. L'ulcère tuberculeux a des bords taillés à pic, décollés, minces, sans base ni contour induré. Le fond est anfractueux, gris jaune. Au pourtour l'on peut rencontrer des granulations jaunâtres décrites par Trélat. Les produits qui s'en écoulent contiennent des bacilles. Les ulcérations sont souvent multiples.

b) L'ulcère rond du vagin de Zalm, affection d'étiologie inconnue, siégeant surtout en arrière au voisinage de la lèvre postérieure, à bords taillés à pic et fond rouge.

c) La leucoplasie vaginale se présentant sous l'aspect de plaques irrégulières, blanchâtres, virant sur le jaune ou le gris. La muqueuse de voisinage est saine. C'est une affection très rare et rarement primitive et différenciée de la gomme par sa superficialité.

d) La vaginite croupale ou diphtérique répondant à la vaginite gangréneuse de Pozzi.

Poursuivant son évolution, la gomme est parvenue à son quatrième stade, stade cicatriciel. Le diagnostic doit être fait alors avec toute lésion pouvant amener la production de tissu cicatriciel dans le vagin et en particulier avec :

Des cicatrices résultant de déchirures d'ordre obstétrical ;

D'ordre traumatique (rupture de canules au cours d'une injection) ;

D'ordre chirurgical : cicatrices d'opérations sur les parois antérieures ou postérieures (cystocèle et rectocèle) ou d'une colpotomie postérieure.

II. — Gomme vaginale en infiltration diffuse

La seconde grande variété des gommages vaginales reconnues par Fournier, « la gomme vaginale en infiltration diffuse » doit être différenciée.

A. — *A sa période de crudité*, constituant alors des placards aplatis, lamelleux :

a) D'une infiltration tuberculeuse diffuse :

b) D'un sarcome diffus du vagin, qui est l'une des deux formes de sarcome les plus fréquemment observés ;

c) D'un cancer infiltré et nodulaire du vagin à la période d'induration et dans certains cas du cancer annulaire type Preisky.

B. — *A sa période d'ulcération* :

a) D'ulcérations tuberculeuses multiples ;

b) D'un cancer infiltré parvenu à sa période d'ulcération.

C. — *Enfin à sa troisième période*, période cicatricielle des divers rétrécissements cicatriciels du vagin résultant :

Soit de traumatismes divers ;

Soit de brûlures étendues ;

Soit d'ordre congénital.

III. — Gomme scléreuse

La troisième grande variété des gommés vaginales, la gomme scléreuse décrite par Barthélemy et admise par Fournier, se présente sous la forme d'un véritable blindage, non douloureux, constituant un placard scléro-gommeux dans la cloison recto-vaginale de préférence et ne se ramollissant que très tardivement. On pourra ici ainsi songer :

A des lésions cicatricielles diverses des ordres précédemment énumérés ;

A un cancer infiltré des parois vaginales ;

A un cancer du rectum envahissant la cloison recto-vaginale. Dans ce cas particulier la combinaison des deux touchers (rectal et vaginal) donnera un précieux renseignement.

Dans ces différents cas, c'est par l'évolution et surtout l'influence du traitement spécifique que l'on pourra arriver au diagnostic.

IV. — Forme foudroyante

Dans la quatrième forme, forme foudroyante de Barthélemy, la production d'une eschare massive aboutit rapidement à la fistule soit vésicale soit rectale selon la situation. Elle est à différencier des divers autres processus aboutissant à la fistule :

a) Le cancer développé dans une des cloisons

antérieure ou postérieure peut donner lieu à une fistule, mais sa marche est plus lente, les hémorragies sont fréquentes, pendant longtemps il a existé un écoulement fétide par le vagin ;

b) Une inflammation péri-utérine ou annexielle peut s'ouvrir dans le vagin. Le caractère inflammatoire, les phénomènes fébriles et douloureux mettront sur la voie du diagnostic que confirmera le toucher ;

c) Un traumatisme opératoire ou accidentel peut aussi aboutir à la production d'une fistule. Les antécédents permettent d'en connaître l'origine ;

d) Enfin la tuberculose peut envahir l'une des fistules précédemment citées, ou à elle seule créer une fistule d'emblée tuberculeuse.

TRAITEMENT

Le traitement des gommés syphilitiques vaginales ne présente rien de particulier : c'est le traitement de la syphilis tertiaire.

Ici, comme dans toutes les manifestations gommeuses, il faut instituer un traitement local, destiné à combattre, à atténuer les infections secondaires et surtout un traitement général.

Dans ce traitement général, nous ferons jouer à l'hygiène et au repos physique et intellectuel un rôle adjuvant très important.

C'est, en effet, actuellement une notion de banalité courante que le syphilitique couché guérit beaucoup plus facilement que le syphilitique surmené et même simplement fatigué. Il faut, comme l'a dit M. Jacquet, obtenir l'ataraxie.

Comme traitement général, le traitement mixte est tout indiqué.

Le traitement local consistera surtout en lavages soigneux de la cavité vaginale, pratiqués avec le bock et ces lavages auront surtout pour but de nettoyer mécaniquement les régions malades :

Nous préconiserons particulièrement les lavages à l'eau bouillie simple.

Nous croyons que des divers antiseptiques l'aristol est l'un des plus recommandables :

Une mèche de gaze appliquée et maintenue sur la région malade est tout indiquée pour la protéger contre les infections secondaires.

Mais, ce qui est capital ici, c'est le traitement général qui seul peut suffire, et réussit là, où échoue le traitement local isolé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Le 28 mai 1907, une jeune femme de trente-cinq ans vient consulter pour des pertes vaginales, pertes blanches légèrement striées de sang.

Le père et la mère de la malade sont vivants et en parfaite santé. A part l'affection qui fait le but de sa visite cette personne est bien portante ; dans son enfance elle n'a eu ni rougeole ni scarlatine ; l'auscultation ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire. Pas de signes de dystrophie pouvant faire songer à une syphilis héréditaire.

A l'examen ganglion de la peau. Pas plus qu'à l'interrogatoire de la malade nous ne trouvons d'antécédents nets de syphilis. Jamais cette personne n'a eu de céphalée nocturne, jamais elle n'a perdu ses cheveux. Cependant elle avoue, il y a deux ans, avoir eu à la vulve un « bouton » ayant duré fort longtemps et sur la nature duquel il est difficile de se prononcer rétrospectivement, A ce moment, aucun médecin n'aurait été consulté.

Depuis six semaines seulement la malade est traitée ; son médecin a reconnu dans le cul-de-sac vaginal postérieur une ulcération traitée par des cautérisations au nitrate d'argent, que cette thérapeutique n'a nullement modifié.

Examen de la malade. — La vulve est en tous points normale, nous y cherchons en vain la cicatrice du « bouton » qui nous a été signalé ; à noter une leucorrhée peu abondante, les glandes de Bartholin et l'urètre sont indemnes.

Nous examinons la malade au spéculum ; nous constatons d'abord un léger degré de vaginite, puis au fond du cul-de-sac postérieur, à l'union du vagin et du col, se trouve une ulcération.

Cette ulcération est ovale, allongée de haut en bas ; elle empiète légèrement sur le col, mais sa plus grande partie est située dans le cul-de-sac vaginal ; ses bords sont taillés à pic et nettement entamés ; sa coloration est rouge foncé à la périphérie, jaunâtre et lardacée au centre, les contours sont réguliers et polycycliques, le fond en est légèrement tomenteux.

La friction à la surface de l'ulcération est pratiquée très légèrement avec un tampon ; on en détache des débris jaunâtres, accompagnés d'un peu de sang qui se répand à la surface.

Etant donnée la situation profonde de l'ulcération, il est difficile d'en apprécier la base, qui paraît néanmoins légèrement empâtée.

L'utérus, qui est en position normale, n'est pas augmenté de volume ; les annexes sont saines.

Notons en passant que jamais la malade n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

À la palpation des régions inguinales nous ne trouvons aucune adénopathie.

Diagnostic. — Par élimination successive des autres diagnostics, et vu les bords taillés à pic, l'aspect bourbillonneux du fond de l'ulcération, on devait penser à une ulcération gom-

meuse, quoique la malade n'ait présenté aucun signe net de syphilis antérieur.

Contre l'hypothèse d'un chancre syphilitique, il y avait l'aspect de l'ulcération, l'absence d'accidents secondaires qui auraient dus se déclarer étant donné que la présence de l'ulcération avait été reconnue deux mois auparavant, la lésion n'avait aucunement les caractères d'une ulcération tuberculeuse, dont elle n'avait ni les bords déchiquetés, ni les nodules jaunâtres situés à la périphérie des lésions bacillaires.

Ce n'était pas l'aspect d'un épithélioma dont l'affection n'avait ni le fond sanieux et fétide, ni les bords anfractueux, ni les hémorragies, ni la rapidité de la marche.

Une ulcération chancrelleuse ne serait pas restée unique, et aurait présenté des bords nettement décollés.

Traitement. — A la date du 12 juin, on institue le traitement spécifique en écartant à dessein tout traitement local pour se rendre compte de l'effet produit.

Le traitement ordonné est mixte et consiste à prendre chaque jour deux pilules de un centigramme de sublimé et 4 grammes d'iodure de potassium.

20 juin. — L'ulcération est manifestement en voie d'amélioration, le fond commence à se déterger et les bords de l'ulcération sont moins élevés.

A cette date on ne constate toujours aucune trace d'accidents muqueux ni cutanés.

6 juillet 1907. — La guérison est complète, l'ulcération est complètement réparée. Toujours pas d'accidents secondaires.

Enfin le 10 août 1907 on constate dans le vagin à la place de l'ulcération une cicatrice ovalaire allongée blanche et souple.

Observation du professeur Fournier (*La Syphilis*)

Femme de vingt-neuf ans. Scrofules dans l'enfance. Syphilis à dix-sept ans. Immédiatement explosion d'accidents secondaires multiples intenses. Syphilides, plaques muqueuses, alopecie des cheveux et des cils, céphalées.

Depuis, des poussées très multiples d'ordre tertiaire caractérisées par des syphilides tuberculo-crustacées, syphilides ulcéreuses et serpigneuses, gomme sur le cuir chevelu, à la face, aux membres inférieurs, sur le sein, sur le cou. Céphalées violentes, ostéo-périostites, etc.

Accouchement d'un enfant qui naît avec des syphilides sur tout le corps et meurt à trois jours.

En mai 1895 ulcération gommeuse de la grande lèvre droite. Iodure de potassium. Guérison. En juillet récidive *in situ* de la gomme vulvaire, sous la forme d'une ulcération excavée à tendances serpigneuses.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade se plaint de douleurs sourdes dans le bas ventre et surtout d'une sensation de gêne intra-vaginale.

La douleur s'exagère à chaque miction, parfois elle devient à ce moment une sensation de brûlure intense comme s'il y avait un fer rouge dans les parties. Aussi la malade redoute-t-elle les envies d'uriner.

Toucher vaginal à 4 centimètres environ en arrière du vestibule, la pulpe de l'index sent une élevation douloureuse constituée par des franges indurées formant les bords très nets d'une lésion comparable comme volume à un noyau d'abricot. Cette

lésion cratériforme en géode présente à son centre une dépression dans laquelle se loge toute l'extrémité du doigt.

A l'examen au spéculum on aperçoit nettement à 3 ou 4 centimètres en arrière du méat urinaire et le long de la paroi antérieure du vagin une ulcération profonde développée aux dépens des fibres musculaires formant la colonne antérieure de l'organe.

Cette ulcération manifestement gommeuse siège sur une élévation à base indurée. Elle a des bords nets taillés à pic. Son fond profondément excavé et bourbillonneux et de coloration jaune verdâtre comparable à de la purée de pois secs. Il en suinte un liquide purulent d'odeur fétide.

Les tissus environnants sont enflammés, rouges, douloureux.

Traitement par l'iodure de potassium, 4-6 grammes, injection hebdomadaire de calomel à 5 centigrammes.

Pansements à l'iodoforme, injection, bains, etc. Guérison de la plaie au bout de quinze jours.

Observation de Neumann (J.)

OBSERVATION I

Une femme avait été traitée six années auparavant pour des papules suintantes siégeant aux organes génitaux.

On lui avait fait vingt-sept frictions.

Elle présentait dans le cul-de-sac antérieur une ulcération des dimensions d'une lentille avec un rebord légèrement saillant et un fond d'un rouge pâle ; une seconde ulcération, plus vaste, siégeant sur la portion vaginale ; la partie centrale de son fond était recouverte d'un enduit grisâtre, visqueux, très adhérent.

OBSERVATION II

Une seconde malade, infectée sept années auparavant, avait été traitée par des injections de calomel, pour des manifestations spécifiques.

Elle portait sur le côté gauche de la portion vaginale une ulcération des dimensions d'une pièce de un franc, à bords bien nettement délimités et limitée par une zone d'épithélium sain.

Au genou gauche, se voyaient des gommés en voie de désorganisation à côté d'autres fraîchement cicatrisées.

OBSERVATION III

La syphilis avait été contractée trente mois auparavant.

Une ulcération gommeuse contenait l'orifice du col en forme de demi-cercle.

CONCLUSIONS

I. — Les gommès du vagin sont très rares surtout sur la paroi postérieure.

II. — Leur symptomatologie rappelle exactement celle des autres manifestations gommeuses de la syphilis.

II. — Leur diagnostic sera confirmé par l'application du traitement général et par ce fait que ce traitement est tout et le traitement local peu de chose.

IV. — Le pronostic comportera toujours la possibilité de cicatrices vicieuses entraînant l'inextensibilité des parois du vagin.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales (article Vagin).

Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques (article Syphilis).

Traité de Médecine Brouardel et Gilbert (Balzer, Syphilis).

Traité de Médecine Charcot-Bouchard (Syphilis).

Traité de Chirurgie Duplay-Reclus.

Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.

Manuel de Médecine.

Histologie pathologique Cornil et Ranvier, t. I, p. 233.

FOURNIER. — La Syphilis.

— Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1895, 3 s., VI, 1000-1009.

ZEISSL (Hermann von). — Traité clinique et thérapeutique des Maladies vénériennes. Trad. par Paul Raugé. Paris, Delahaye et E. Lecrosnier, 1888, in-8°, IX, 328 p.

NEUMANN (J.). — Gummöse f. krankungen der Vaginalportion.

— Syphilis in Nothnagel Specielle Pathologie und Therapie. Wien., 1896, Bd. XXIII, p. 716-720.